

委 任 書

澎湖縣醫療爭議調解會

年度○○○調字第○○號

稱謂	姓名	出生年月 日	身分證明文件字 號或統一編號	職業	住所或居所 (事務所或營業 所)	連絡電話
委任人						
受任人						

茲因與_____間之醫療爭議調解事件，委任
為代理人(委任期間為○○○年○○月○○日至○○○年○○月○○日)，
有代理為一切調解行為之權，並 有／無 撤回調解之特別代理權。

此 致

澎湖縣醫療爭議調解會

委任人： (簽名或蓋章)

(委任人以簽名方式為委任者，請親自簽名，受任人勿代為簽名)

受任人： (簽名或蓋章)

中華民國 年 月 日